

ΔΕΛΤΙΟ ΥΠΟΧΡΕΩΤΙΚΗΣ ΔΗΛΩΣΗΣ ΛΟΙΜΩΔΟΥΣ ΝΟΣΗΜΑΤΟΣ  
**ΛΕΓΙΟΝΕΛΛΩΣΗ**

► Ημερομηνία δήλωσης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Μονάδα υγείας / ιδιώτης που δηλώνει το κρούσμα: .....

**Μ Ο Ρ Φ Η Ν Ο Σ Ο Υ**

Νόσος Λεγεωναρίων

Πυρετός Pontiac

**Α Σ Θ Ε Ν Η Σ**

1.1 ΑΜΚΑ:

► Επώνυμο:

► Όνομα:

1.2 Ημ/νία γέννησης: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ΕΑΝ ΑΓΝ → Ηλικία: \_\_\_\_ ετών μηνών ημερών  
(ΒΑΛΤΕ ΣΕ ΚΥΚΛΟ ΑΝΑΛΟΓΩΣ)

1.3 Φύλο:  Άρρεν  Θήλυ

1.4 Τόπος διαμονής: ► Περιφ. Ενότητα (Νομός):

► Δήμος:

Αστεγος

► Πόλη/χωριό:

► Οδός/Αριθμός:

► Τ.Κ.:

► Τηλ.:

1.5 Έχει αλλοδαπή εθνικότητα;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Χώρα: .....

**ΠΑΡΑΓΟΝΤΕΣ ΚΙΝΔΥΝΟΥ ΚΑΙ ΠΡΟΦΥΛΑΞΗΣ**

2.1 Υπάρχει σύνδεση με άλλο κρούσμα;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Σχέση: .....

2.2 Διαμονή σε ομαδική διαβίωση;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Πού: .....

2.3 Είναι: ► Ταξιδιώτης από το εξωτερικό;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Έρθε από: .....

→ Αφιξη:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

► Μετανάστης/Πρόσφυγας;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Από ποιά χώρα: .....

→ Από πότε:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.4 Ειδική πληθυσμιακή ομάδα;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Ποιά: .....

2.5 Ήταν πρόσφατα στο εξωτερικό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Χώρα: .....

→ Αφιξη στην Ελλάδα:

\_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
ΗΜΕΡΑ ΜΗΝΑΣ ΕΤΟΣ

2.6 Διαμονή σε ξενοδοχείο / νοσοκομείο;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Πού-πότε: .....

2.7 Σε πισίνα / λουτρό / σπορ με νερό;

(κατά τις 10 ημέρες πριν από έναρξη νόσου)

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Πού-πότε: .....

2.8 Κεντρικός κλιματισμός στην εργασία ή σε άλλο χώρο όπου συχνάζει;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

→ Πού-πότε: .....

**Κ Λ Ι Ν Ι Κ Α Χ Α Ρ Α Κ Τ Η Ρ Ι Σ Τ Ι Κ Α**

ΣΥΜΠΛΗΡΩΝΕΤΑΙ ΑΠΟ Δ/ΝΣΗ ΔΗΜΟΣΙΑΣ ΥΓΕΙΑΣ Ή ΕΟΔΥ

**ΑΦΗΣΤΕ ΚΕΝΟ**

Κατάταξη

Επιβεβαιωμένο

κρούσματος:

Πιθανό

3.1 Ημ/νία έναρξης συμπτωμάτων: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.2 Νοσηλεία σε Νοσοκομείο;

ΟΧΙ

ΝΑΙ

ΕΑΝ ΝΟΣΗΛΕΙΑ:

► Νοσοκομείο: .....

→ Ημ/νία εισαγωγής: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

3.3 Ατομικό ιστορικό:  Κάπνισμα

Πνευμονοπάθεια

Σακχαρώδης διαβήτης

Ανοσοκαταστολή

3.4 Εκδηλώσεις:  Γριπώδης συνδρομή

Πνευμονία

3.5 Έκβαση:  Ίαση

Ακόμη ασθενής

Θάνατος

→ Ημ/νία θανάτου: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

► Ο/η θεράπων ιατρός: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Τηλέφωνα για συνεννόηση: .....

**Ε Ρ Γ Α Σ Τ Η Ρ Ι Α Κ Α Ε Υ Ρ Η Μ Α Τ Α**

4.1 Αντιγόνο στα ούρα:

ΑΡΝ

ΘΕΤ

Δεν έγινε

4.2 Καλλιέργεια: ► Υλικό: .....

ΑΡΝ

ΘΕΤ

Δεν έγινε

Αναμένεται

4.3 Ορολογική εξέταση:  ΑΡΝ

1 εξέταση θετική

4πλασιασμός τίτλου

Δεν έγινε

Αναμένεται

4.4 Άλλα διαγνωστικά ευρήματα: .....

4.5 Είδος/οροομάδα λεγιονέλλας: .....

Υπογραφή (& σφραγίδα):

► Ο/η εργαστηριακός ιατρός: .....